

DIT SAMLEDE INDTRYK

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
37. Er du tilfreds med den pleje, som du modtog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Er du tilfreds med den behandling, som du modtog for din sygdom/tilstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Er du alt i alt tilfreds med forløbet, fra du blev indlagt, til du blev udskrevet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Skriv venligst her, hvis du synes, at afdelingen kunne gøre noget bedre, eller hvis afdelingen gjorde noget særligt godt:							

PATIENTINDDRAGELSE

	Ikke relevant for mig	I meget høj grad (5)	I høj grad (4)	I nogen grad (3)	I ringe grad (2)	Slet ikke (1)	Ved ikke
41. Oplyste personalet dig om de undersøgelses-/behandlingsmuligheder, der var, før du modtog din undersøgelse/ behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Havde du en dialog med personalet om fordele og ulemper ved de undersøgelses-/behandlingsmuligheder, der var?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Kunne du tale med personalet om bekymringer vedrørende din sygdom eller dit undersøgelses-/behandlingsforløb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Var din undersøgelse/behandling tilpasset din situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ikke relevant for mig		Ja		Nej		Ved ikke
45. Var du i passende omfang med til at træffe beslutninger om din undersøgelse/ behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

BAGGRUNDSOPLYSNINGER

46. Angiv, hvad din indlæggelse drejede sig om (sæt gerne flere kryds):			
<input type="checkbox"/> Undersøgelse/udredning	<input type="checkbox"/> Operation/kirurgisk indgreb	<input type="checkbox"/> Det kan jeg ikke vurdere	
<input type="checkbox"/> Medicinsk behandling	<input type="checkbox"/> Andet		
	Nej	Ja, en	Ja, flere
47. Har du haft flere indlæggelser eller ambulante besøg (kontrol, undersøgelse mm.) inden for det seneste år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Det husker jeg ikke

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt. Tak for din medvirken.